

A rellenar en caso de un supuesto de pago directo por incumplimiento de obligación empresarial (impago de la I.T.)

## 1. DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y Nombre		NIF /	Fecha de nacimiento
Localidad de nacimiento		Provincia	Núm. Afiliación a la Seguridad Social
Domicilio (calle o plaza y número)	Código Postal	Localidad	Teléfono

## 2. DATOS DE LA EMPRESA

Denominación de la empresa	Número de inscripción en la Seguridad Social	
Domicilio (calle o plaza y número)	Código Postal	Localidad y Provincia

## 3. DATOS REFERENTES A LA PRESTACIÓN SOLICITADA

Se encuentra en Incapacidad Temporal (I.T.) derivada de:			
<input type="checkbox"/> Enfermedad común	<input type="checkbox"/> Accidente no laboral	<input type="checkbox"/> Accidente de trabajo	<input type="checkbox"/> Enfermedad profesional
Fecha de baja según parte de baja (mod. P-9)		Fecha de alta según parte de alta (mod. P-9)	
Desde el _____		Hasta el _____	
Situación actual de la empresa			
<input type="checkbox"/> En activo	<input type="checkbox"/> Despedido	<input type="checkbox"/> Rescisión contractual a petición del trabajador por impago de salarios.	
¿Está pendiente de acto de conciliación o juicio con la empresa?			
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí En este caso, aportar el Acta de Conciliación con o sin avenencia. Si no hay avenencia, aportar copia de la demanda judicial y la sentencia judicial correspondiente.		
Fecha desde la que la empresa no le ha abonado la I.T.			
Desde el _____		En esos supuestos: aportar copia de la denuncia ante la Inspección Provincial de Trabajo del impago empresarial.	
Base de cotización del mes anterior a la baja médica			
		Aportar la copia de la nómina del mes anterior a la baja médica o de los tres meses anteriores si se trata de un contrato a tiempo parcial o fijo discontinuo.	

D/Dª \_\_\_\_\_

**DECLARA**, que son ciertos los datos que consigna a continuación y que queda enterado/a de la obligación de comunicar a **umivale Activa** cualquier variación que pudiera producirse en lo sucesivo.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma del solicitante

### Información sobre protección de datos personales

**Responsable:** umivale Activa Mutua Colaboradora con la Seguridad Social nº 3. **Contacto del Delegado de Protección de Datos:** [dpd@umivaleactiva.es](mailto:dpd@umivaleactiva.es). **Finalidad:** Facilitar la gestión administrativa, asistencial y económica de las prestaciones que le son propias en el ámbito de la Seguridad Social. **Legitimación:** Este tratamiento se realiza en el marco del cumplimiento de las obligaciones legales aplicables a umivale Activa en su condición de Mutua Colaboradora con la Seguridad Social. **Destinatarios:** Seguridad Social y Organismos dependientes (INSS, ISM, TGSS, DGSS). Juzgados y Tribunales, en caso de que exista obligación legal para ello. Entidades bancarias, cajas de ahorros y cajas rurales. Terceros proveedores de servicios que tienen acceso a los datos personales. **Derechos:** Podrá acceder, rectificar, suprimir, oponerse a determinados tratamientos, así como ejercer su derecho a la limitación del tratamiento, a la portabilidad y a no ser objeto de una decisión basada únicamente en tratamiento automatizado de sus datos. **Forma de ejercer sus derechos:** Por escrito, mediante solicitud dirigida a umivale Activa, Avda. Reial Monestir de Poblet nº 20, CP: 46930, Quart de Poblet (Valencia); **Presencialmente**, en cualquiera de nuestros centros o remitiendo un **correo electrónico** a la siguiente dirección: [dpd@umivaleactiva.es](mailto:dpd@umivaleactiva.es). **Información adicional:** En el siguiente enlace: <https://umivaleactiva.es/protecciondatos>.